

AVISO DE REVISIÓN DE ELEGIBILIDAD**Etiqueta**

Su elegibilidad finaliza _____ para Asistencia Alimentaria Asistencia en Efectivo
 Asistencia Médica Cuidado de Niño Si usted quiere que sus beneficios continúen, debe completar el formulario de revisión adjunto y devolverla a más tardar el:

Por favor devuelva el formulario de revisión : _____ ,
 KS _____

Si es necesaria una entrevista, usted será notificado de la fecha y horario. Se puede programar una entrevista telefónica. Usted puede optar por tener una entrevista en persona.

Esta acción está basada en el Manual de Servicios Económicos y de Empleo de Kansas Sección/ones 1412 y 9300 y subsecciones.

Por favor asegúrese de incluir lo siguiente cuando devuelva el formulario para una nueva solicitud.

1. El formulario de solicitud adjunto será aceptado si está firmado y si tiene un nombre y domicilio legibles, sin embargo, el formulario para la nueva solicitud debe ser completado para que sus beneficios continúen. Si usted necesita ayuda para completar el formulario de revisión adjunto, nosotros le ayudaremos.
2. Incluya un número telefónico al cual podemos llamarle durante el día o donde podamos dejarle un mensaje.
3. Si usted está empleado adjunte los talones de pago para los últimos 30 días para cada empleo.
4. Si usted está pagando manutención de niño proporcione comprobantes de pago para los últimos tres meses.
5. Si usted está solicitando nuevamente Asistencia Médica, incluya su resumen bancario más reciente para sus cuentas corrientes y de ahorro.

Usted puede devolver el formulario de revisión por correo, en persona, o a través de un representante autorizado. Si todos en su grupo familiar están recibiendo beneficios de Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI por sus siglas en inglés), usted puede solicitar asistencia alimentaria en la Oficina de Administración del Seguro Social (SSA por sus siglas en inglés).

El hecho de no devolver el formulario de revisión adjunto, completar una entrevista, si fuera requerida, y proporcionar la verificación requerida puede causar que sus beneficios sean demorados o finalizados. Usted tiene el derecho de solicitar una audiencia justa.

Oficina Local _____ Firma / Fecha _____

DERECHO A SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL Usted tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con una decisión tomada en su caso. **Para los programas medicos, asistencia para cuidado de niños y de dinero en efectivo**, debe solicitar por escrito una apelación dentro de los 33 días posteriores a la fecha del presente aviso. Si su solicitud por escrito es recibida antes de la fecha efectiva de la acción adversa, si así lo requiere puede continuar recibiendo beneficios al nivel actual. **Para cupones de alimentos**, puede solicitar una audiencia imparcial por escrito, en persona o llamando a su centro de servicios de DCF en cualquier momento dentro de los 90 días posteriores a la fecha del presente aviso. Si se recibe su solicitud dentro de los 10 días posteriores a la fecha del presente aviso, sus beneficios pueden continuar en el nivel actual mientras espera la realización de la audiencia imparcial. Además, usted puede solicitar una conferencia previa a la audiencia para discutir su solicitud de audiencia justa. Esta reunión previa a la audiencia no debe de ninguna manera demorar ni reemplazar el proceso de audiencia justa. Comuníquese con su trabajador de caso si usted desea una reunión previa a la audiencia. **Para cualquier programa**, si solicita continuar recibiendo beneficios al nivel actual mientras espera la realización de la audiencia imparcial, puede que deba devolver los beneficios recibidos en caso de que la decisión de la audiencia imparcial no le resulte favorable.

CLÁUSULA DE DERECHOS CIVILES Si considera que ha sido discriminado/a por causa de su edad, raza, color, sexo, orientación sexual, religión, nacionalidad o creencias políticas en cualquiera de los programas o actividades de DCF/KanCare, llame al 1-888-369-4777 para obtener información sobre cómo presentar un reclamo.

PENALIDADES POR FRAUDE Las personas culpables de obtener de forma intencional beneficios a los cuales no tienen derecho quedarán excluidas de recibir asistencia, de conformidad con los lineamientos del programa; podrán también ser condenadas al pago de multas, prisión o ambas.

INFORMACIÓN DE CAMBIOS Deberá informar los cambios a DCF. Le informaremos cuáles son los cambios que debe informar. Si tiene alguna consulta respecto a los requisitos de información, póngase en contacto con su trabajador(a) de caso.

SEGURO DE SALUD Deberá informar a DCF/KanCare todo cambio en su cobertura de seguro de salud, en la cobertura de seguro disponible a través de su empleador, y todo pago de seguro debido a un accidente o lesión. En el momento del tratamiento, deberá notificar a sus proveedores de servicios médicos todo seguro de salud, incluido Medicaid.

ASISTENCIA EN EFECTIVO Usted no puede utilizar sus beneficios en efectivo para comprar alcohol, tabaco, o boletos de lotería.

NÚMEROS PARA LLAMADA GRATUITA: KanCare/Family Medical 1-800-792-4884

Demás servicios DCF 1-888-369-4777